

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

PIERRE MOULLÉ

Né le 8 Janvier 1912, à Montbéliard (Doubs)

LA COURBE DE POIDS DU NOUVEAU-NÉ AU COURS DES PREMIERS JOURS

Président de Thèse : M. LEREBoullet, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1939

ANNÉE 1939

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

PIERRE MOULLÉ

Né le 8 Janvier 1912, à Montbéliard (Doubs)

LA COURBE DE POIDS DU NOUVEAU-NÉ AU COURS DES PREMIERS JOURS

Président de Thèse : M. LEREBoullet, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1939

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	POLONOVSKI
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	CHIRAY.
Clinique médicale.....	LOEPER
	CARNOT.
	CLERC.
	MARCEL LABBE.
	LEREBoullet.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des ma-	GUILLAIN.
ladies de l'encéphale.....	LEMIERRE.
Clinique des maladies cutanées et syphi-	CUNEO.
litiques	GOSSET
Clinique des maladies du système nerveux	GREGOIRE
Clinique des maladies infectieuses.....	LENCRMANT.
Clinique chirurgicale.....	TERRIEN.
	CHEVASSU.
Clinique ophtalmologique.....	COUVELAIRE.
Clinique urologique	JEANNIN.
Clinique d'accouchements.....	LEVY-SOLAL.
	MOCQUOT.
Clinique gynécologique.....	OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et ortho-	RATHERY.
pédie	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique médicale.....	PIERRE DUVAL.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	M. VILLARET.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	TROISIER.
Clinique propédeutique.....	MATHIEU.
Clinique de la Tuberculose.....	LAUBRY.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'a-	CLOVIS VINCENT.
dulte	N...
Clinique cardiologique	HAZARD.
Clinique de neuro-chirurgie	HOVELACQUE
Assistance Médico-Sociale.....	MULON.
Professeurs sans chaire.....	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.

II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

Pathologie chirurgicale.. AMELINE.
 Pathologie médicale BARIETY.
 Pathologie médicale..... BÉNARD HENRI.
 Pathologie médicale..... BERNARD ETIENNE.
 Hydrologie..... BESANÇON JUSTIN.
 Pathologie médicale..... BOULIN.
 Histologie BULLIARD.
 Pathologie médicale..... CATHALA.
 Pathologie médicale..... CHEVALLIER.
 Pathologie médicale COSTE.
 Physique DOGNON.
 Urologie FEY.
 Pathologie chirurgicale.. FUNCK.
 Parasitologie GALLIARD.
 Bactériologie GASTINEL.
 Pathologie chirurgicale.. DE GAUDART D'ALLAINES.
 Physiologie GAYET.
 Pathologie médicale..... DE GENNES.
 Histologie GIROUD.
 Pathologie médicale..... HAGUENAU.
 C'o-rhino-laryngologie .. HALPHEN.
 Anatomie pathologique.. HUGUENIN.
 Hygiène JOANNON.
 Obstétrique LACOMME.

MM.

Obstétrique LANTUEJOL.
 Pathologie médicale..... LAROCHE GUY.
 Parasitologie LAVIER.
 Pathologie médicale LELONG.
 Pathologie expérimentale LEMAIRE.
 Pathologie chirurgicale.. LEVEUF.
 Pharmacologie Mlle J. LEVY.
 Neurologie et Psychiâtrie LEVY-VALENSI.
 Pathologie chirurgicale .. MÈNÉGAUX.
 Pathologie médicale..... MOLLARET
 Pathologie médicale..... MOREAU.
 Pathologie chirurgicale.. MOULONGUET.
 Pathologie médicale..... MOUQUIN.
 Pathologie chirurgicale.. PETIT ! UT.
 Médecine légale..... PIÉDELIEVRE.
 Obstétrique PORTES.
 Ophtalmologie RENARD.
 Physiologie RICHET.
 Pathologie chirurgicale.. SÈNÈQUE.
 Pathologie médicale..... TURPIN.
 Obstétrique VIGNES.
 Pathologie chirurgicale.. WILMOTH.

III. — AGREGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Pathologie chirurgicale.. ALGLAVE.
 Pharmacologie BUSQUET.
 Physiologie CHAILLEY-BERT.
 Obstétrique GUÉNIOT.
 Pathologie chirurgicale .. HEITZ-BOYER.

MM.

Pathologie chirurgicale.. LARDENNOIS.
 Obstétrique LE LORIER.
 Parasitologie NEVEU-LEMAIRE.
 Pathologie chirurgicale .. SCHWARTZ.
 Obstétrique VAUDESCAL.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale	BASSET.	} Clinique chirurgicale
AUBERTIN.		BROCQ.	
BRULÉ.		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		VELTER.	
PASTEUR-VALLERY- RADOT.			
SEZARY.			
MM.	} Clinique obstétricale.		
ECALLE			
METZGER.			

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT, agrégé.
Padiologie clinique.....	LEDoux-LEBARD.
Stomatologie	RUPPE.
Puériculture	WEIL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

ET A MES ENFANTS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEREBoullet

Professeur d'hygiène et clinique de la première enfance

Médecin des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

*Qui m'a fait le grand hon-
neur de bien vouloir présider
ma thèse. Je lui en exprime
ma très sincère reconnaissance
en l'assurant de tout mon res-
pect.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR LANTUEJOUL

Professeur Agrégé à la Faculté
Accoucheur des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui m'a inspiré ce travail et
dont l'affectueuse sollicitude
a été pour moi depuis des an-
nées le plus précieux soutien.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stages

1931-32 MONSIEUR LE PROFESSEUR BEZANÇON
(St-Antoine)

1932 MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET
(Salpêtrière)

1932-33 MONSIEUR LE DOCTEUR GRENET
(Bretonneau)

1933 MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HEITZ-
BOYER (Lariboisière)

1933-34 MONSIEUR LE PROFESSEUR OMBREDANNE
(Enfants Malades)

Externat

1934 MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET
(Salpêtrière)

1935 MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DE GEN-
NES (Tenon)

1936 MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MOREAU
(Bicêtre)

Internat provisoire

1937 MONSIEUR LE DOCTEUR HOUDARD
(Lariboisière)

1938 MONSIEUR LE DOCTEUR LEVANT
(Beaujon Clichy)

1938-39 MONSIEUR LE DOCTEUR MARTIN
(Enfants Assistés)

A MES CONFERENCIERS

MESSIEURS LES DOCTEURS

LEBEL, DUFOUR, CAUCHOIS, MORICARD,
RACINE, MALLARME, TURIAT

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MES CHEFS MILITAIRES

MONSIEUR LE DOCTEUR DEGUY

MONSIEUR LE DOCTEUR WALLISCH

Qui par leur extrême amabilité m'ont permis de faire ce travail.

HISTORIQUE

La chute du poids du nouveau-né est une des principales modifications caractérisant les phases diverses du développement du nouveau-né.

C'est un fait essentiel, constamment remarquable au cours des premiers jours qui suivent la naissance.

Depuis un siècle environ, les auteurs se sont intéressés aux variations de poids dans les premiers jours de la vie, et nous rappellerons brièvement les opinions des classiques à ce sujet.

Rhenter, dans la *Pratique de l'Art des Accouchements*, de Brindeau, dans le tome V, traitant du nouveau-né normal et pathologique, consacre un article entier à ce sujet.

Au cours de ce travail, nous ferons de nombreux emprunts à cet article, et l'on nous permettra de citer quelques-unes des phrases qu'il contient.

C'est en 1835 que Quetelet, de Bruxelles, (*Essais sur l'Homme et le développement de ses facultés*), Chausier, Elsasser, de Stuttgart, ont publié les résultats scientifiques de la pesée systématique des nouveau-nés.

Variot cite même un accoucheur de Goettingen,

Roederer, qui, dès 1763, publie des résultats sur ce sujet.

Mais ce n'est qu'en 1852 qu'apparaît le principe des pesées régulièrement instituées pour étudier le développement du nourrisson et fixer sa ration alimentaire.

Natalis Guyot a, en effet, le mérite, dans une leçon faite à Necker, de reconnaître qu'elles constituent « le plus exact parmi les moyens d'appréciation de santé ou de maladie de l'enfant, de la valeur de la nourrice, de la quantité de lait fourni, des pertes ou de l'accroissement de l'individu ».

Hervieux, Bouchut (1887), Odier et Blache (1887), en France, ont appliqué avec beaucoup de précision le même principe, en même temps qu'en Allemagne, Winckel déclare que « les pesées régulières et répétées seront toujours pour nous, le meilleur baromètre de la santé de l'enfant : elles nous indiqueront facilement par des chiffres ce que le nourrisson ne peut dire par des paroles ».

Enfin, plus près de nous, Tarnier et Budin, ont développé dans leurs services l'utilisation de la balance. Son emploi systématique est maintenant de règle dans toutes les consultations de nouveau-nés, et tend de plus en plus à se généraliser dans la pratique privée.

Ces pesées devront être pratiquées tous les jours ou tous les deux jours durant le premier mois ; à plus forte raison, elles seront quotidiennes durant les premiers jours. La notation régulière de ces poids per-

mettra, ainsi qu'il est courant aujourd'hui, d'établir facilement un graphique pour chaque nouveau-né et d'en tirer les conclusions nécessaires.

Pendant les premiers jours qui suivent la naissance, le nouveau-né perd chaque jour du poids. La durée de cette perte est d'ailleurs de longueur différente selon les auteurs.

Haacke, Bouchaud, Kermorski, fixent à deux jours la perte de poids, la courbe commençant son ascension dès le troisième.

Burdach la fait durer quatre jours

Winckel, trois à quatre.

D'après le travail de Jaume (1904), à peu près tous les enfants perdent du poids pendant deux jours — un certain nombre ($1/3$ chez les multipares, $2/3$ chez les primipares) en perdent pendant 3 jours, puis le poids remonte après être le plus souvent resté un jour en plateau.

Quant à la valeur de la perte de poids, elle a été évaluée, par les auteurs classiques, de façon variable.

Pour Steiner, elle serait de 222 grammes — de 212 grammes pour Mademoiselle Gluski — de 203 gr. pour Gregory — Winckel fixe ce chiffre à 180 — Burdach à 140 — Bouchaud à 100.

Jaume le fixe en moyenne à 242 gr. chez les enfants de primipares, à 233 gr. chez les enfants de multipares avec des chiffres extrêmes de 55 gr. et de 590 gr.

On a voulu invoquer l'influence de nombreux fac-

teurs sur cette déperdition pondérale. Certains sont à retenir, d'autre à rejeter absolument.

Le sexe, en particulier, ne paraît avoir aucune influence. La primiparité et la multiparité ne semblent jouer aucun rôle. Le poids de l'enfant, qui perdrait d'autant plus qu'il est plus gros, et certains auteurs ont donné comme base la proportion de 100 gr. de perte par kilogramme de poids, chiffre qui paraît, hormis certains cas particuliers, nettement excessif.

Ce qu'il faut surtout retenir, c'est que cette chute de poids est avant tout un phénomène physiologique tenant à des causes constantes chez tout enfant quel que soit son poids.

Cette chute de poids tient en effet à différentes raisons : expulsion du méconium et de l'urine, desquamation épidermique et transpiration qui est très abondante dans les premiers jours, malgré le peu de développement des glandes sudoripares ; enfin à l'élimination de l'eau par le poumon que Bouchaud estime à 45 grammes par 24 heures.

Il faut donc considérer cette perte de poids des premiers jours comme un phénomène nécessaire : dans les cas où elle est trop peu marquée, on voit souvent la régularité de la courbe être ultérieurement altérée, soit par un état stationnaire de plusieurs jours, soit par une nouvelle perte de poids. Mais de nombreux facteurs entrent en jeu qui peuvent venir influencer sur les modifications pondérales des premiers jours, certains tendant à l'accroître, d'autres, au contraire, réduisant la perte de poids sans pour cela jamais l'empêcher complètement.

Tout d'abord, la constitution de l'enfant à sa naissance, les tares dont il peut être porteur, son poids initial, jouent certainement un rôle. Les enfants de poids différents ne perdent pas relativement dans les mêmes proportions.

De plus, la façon dont s'est déroulé l'accouchement influe sur la chute de poids. Il faut en effet tenir compte dans l'appréciation de la perte de poids, des cas où, au cours de l'accouchement, le nouveau-né a expulsé une partie parfois importante de son méconium.

Pour certains auteurs, le moment de la ligature du cordon aurait aussi une influence. En dehors du bénéfice pour le nouveau-né d'un apport de sang que Budin a évalué à 92 grammes, d'une augmentation du nombre de globules rouges, la ligature du cordon pratiquée tardivement — c'est-à-dire après la disparition des battements funiculaires ou après une attente de 8 à 10 minutes, — aurait pour avantages, d'après Budin et Ribemont, une moindre perte de poids et un retour plus rapide au poids initial dans les jours suivants.

Mais surtout, un facteur essentiel entre en jeu en ce moment et peut à lui seul modifier d'une façon importante la variation du poids, c'est *l'alimentation*.

Etant donné l'importance des échanges nutritifs chez le nouveau-né relativement à son poids, les matériaux alimentaires doivent être très importants. Et l'on ne s'étonnera pas que les résultats classiques soient parfois controuvés quand on connaît les principes qu'appliquaient les anciens.

Hippocrate et Gallien conseillaient la première tétée au bout de 24 heures — Soranus par contre conseillait 2 jours d'attente. Aelius Lampridus allait jusqu'à 3. Et encore la plupart déconseillaient-ils de mettre le nouveau-né au sein tant que durait la sécrétion colostrale, faite, dit Joubert, (1600), « d'un sang bourbeux et épais, trouble, cailleboté, estimé de toute antiquité mauvais, pernicieux et même mortel ». On retrouve même chez Lazare Pee le conseil paradoxal repris ensuite par Ambroise Paré et Maurissot, de ne mettre le jeune enfant au sein de sa mère que quand elle sera « bien nette, à savoir 30 jours après la couche d'un mâle, 42 jours après celle d'une fille ». Jusque là le nouveau-né sera nourri par une nourrice et « une vieille femme ou un enfant de l'hôpital entretiendra la sécrétion lactée chez la mère ».

Renther traitant de l'alimentation dans les premiers jours, estime qu'il n'y a aucun inconvénient à laisser l'enfant sans nourriture pendant 24 heures — en lui donnant tout au plus une cuillerée d'eau bouillie de temps à autre.

Il estime que la méthode la plus simple consiste à mettre l'enfant au sein pour la première fois à la fin du premier jour qui suit la naissance.

Le lendemain il y sera mis deux fois et ainsi de suite à raison d'une tétée supplémentaire par jour jusqu'au sixième jour. Au bout d'une semaine, l'enfant se trouve ainsi prendre 6 tétées, soit une tétée toutes les 3 heures pendant la journée et aucune pendant la nuit.

La surveillance de sa courbe d'accroissement et de son aspect général, indiqueront s'il y a lieu de recourir, au moins pour un temps, à une tétée supplémentaire de nuit, qu'il y a toujours intérêt à éviter. En principe, à chaque tétée, les deux seins seront successivement offerts à l'enfant, en ayant soin d'alterner à chaque séance celui auquel il est mis en premier — chaque sein sera donné environ pendant 5 à 6 minutes.

Certains accoucheurs préfèrent au début ne faire prendre qu'un seul sein à chaque tétée, afin de laisser reposer plus longtemps le mamelon entre deux tétées et d'éviter plus sûrement les gerçures. Telle apparaît une des méthodes d'alimentation du nouveau-né couramment employée il y a déjà quelques années.

Dans le service, aux observations duquel nous nous sommes reporté pour faire ce travail, la méthode est nettement différente.

C'est à la Maternité Adolphe Pinard, aux Enfants Assistés, Maternité dirigée par le Docteur Vignes, Professeur Agrégé à la Faculté, accoucheur des hôpitaux, que nous avons pu recueillir nos observations. Nous le remercions vivement d'avoir bien voulu nous autoriser à relever les observations de son service et lui exprimons toute notre gratitude pour l'instrument de travail qu'il nous a ainsi mis entre les mains.

Dans ce service, la technique de l'alimentation du nouveau-né est habituellement la suivante :

Dans les premières 24 heures, le nouveau-né reçoit 7 fois 10 grammes d'eau bouillie sucrée.

Le deuxième jour, il est mis au sein et la quantité de lait à chacune des 7 tétées de la journée doit déjà être de 25 grammes. Si la double pesée qui accompagne chaque tétée montre une quantité insuffisante, elle est complétée jusqu'à concurrence de 25 grammes par un lait sec de conserve.

Le troisième jour, semblable méthode.

La montée laiteuse se fait alors et très rapidement la mère suffit à l'allaitement complet de l'enfant sans nécessité, en général, de complément.

C'est en tenant compte de cette technique qu'ont été relevées les 1.500 observations qui nous ont servi pour ce travail et si nos résultats diffèrent sensiblement des chiffres classiques, c'est probablement dans l'importance de l'alimentation des premiers jours qu'il faut en trouver la raison.

La grande déperdition en eau, éliminée tant par les urines que par les poumons et la transpiration, se trouve ainsi en partie compensée et évite ces chutes de poids parfois très importantes que nous n'avons qu'exceptionnellement rencontrées chez le nouveau-né normal.

Signalons enfin que dans le service, le B.C.G. n'est administré aux nouveau-nés que plus tard, quand l'enfant a fini sa chute de poids et a commencé à augmenter; on élimine ainsi un facteur qui, pour certains, contribuerait à aggraver la chute pondérale initiale.

GENERALITES

Sur les 1.500 observations que nous avons relevées, nous nous sommes efforcé d'établir un classement.

D'une part nous avons séparé les enfants normaux des nouveau-nés manifestement prématurés ou atteints de syphilis congénitale.

De plus, parmi les nouveau-nés normaux, nous avons établi un classement basé sur le poids initial.

A côté des enfants de 3.000 à 3.500 grammes, qui constituent la plus grande part puisqu'ils sont 722 sur 1.500, nous avons séparé :

d'une part, les enfants de poids nettement inférieur, au-dessous de 3.000 — nous en avons trouvé 267;

d'autre part, les enfants de poids nettement au-dessus de la moyenne — nous avons ainsi trouvé :

348 enfants pesant de 3.500 à 4.000 gr.

81 — — — plus de 4.000 gr.

2 — — — 5.000 gr.

Nous avons enfin classé dans des catégories séparées :

Les jumeaux (15 observations).

Les prématurés (21 observations).

Les syphilitiques congénitaux (42 observ.).

Voici à quoi ont abouti nos recherches après un tel classement.

NOUVEAU-NÉS DE 3.000 A 3.500.

Nous considérerons d'abord les nouveau-nés parfaitement normaux dont le poids varie entre 3.000 et 3.500. Nous en avons relevé 722 observations.

3.000 A 3.100.

Parmi celles-ci 149 ont un poids intermédiaire entre 3.000 et 3.100.

Les pertes de poids s'établissent ainsi pour ces nouveau-nés :

7	ont	perdu	moins	de	100	gr.
17	—	—		de	100	à 150 gr.
28	—	—	—	150	à 200	gr.
39	—	—	—	200	à 250	gr.
40	—	—	—	250	à 300	gr.
16	—	—	—	300	à 400	gr.
2	—	—		plus	de	400 gr.

Les chiffres extrêmes ont été de 70 gr. pour un enfant, à l'opposé on relève une chute de poids de 420 grammes.

La moyenne s'établit donc pour cette catégorie à 220 gr.

3.100 A 3.200.

Nous avons relevé 139 observations de nouveau-nés dont le poids varie entre 3.100 et 3.200 gr.

Les pertes de poids s'établissent ainsi :

2	ont	perdu	moins de	100 gr.
12	—	—	de 100 à	150 gr.
30	—	—	— 150 à	200 gr.
37	—	—	— 200 à	250 gr.
29	—	—	— 250 à	300 gr.
25	—	—	— 300 à	400 gr.
4	—	—	plus de	400 gr.

Les chiffres extrêmes ont été de 65 gr. pour un enfant; 410 gr. pour un autre.

La moyenne un peu plus élevée, s'établit donc pour cette catégorie à 235 gr. environ.

3.200 A 3.300.

Nous avons relevé 146 observations de nouveau-nés dont le poids varie entre 3.200 et 3.300 gr.

Pour ceux-ci les *pertes de poids* s'établissent ainsi :

5	ont	perdu	moins de	100 gr.
12	—	—	de 100 à	150 gr.
37	—	—	— 150 à	200 gr.
36	—	—	— 200 à	250 gr.
33	—	—	— 250 à	300 gr.
20	—	—	— 300 à	400 gr.
3	—	—	plus de	400 gr.

Les chiffres extrêmes ont été d'une part de 80 gr., d'autre part de 405 gr.

La moyenne s'établit donc pour cette catégorie à 231 gr.

3.300 A 3.400.

Nous avons noté 132 observations de nouveau-nés dont le poids varie entre 3.300 et 3.400 gr.

Les pertes de poids concernant ces nouveau-nés s'établissent ainsi :

9	ont perdu de 100 à 150 gr.
25	— — — 150 à 200 gr.
41	— — — 200 à 250 gr.
37	— — — 250 à 300 gr.
13	— — — 300 à 400 gr.
7	— — plus de 400 gr.

Les chiffres extrêmes ont été de 100 gr. d'une part, 435 gr. d'autre part.

La moyenne s'établit donc pour cette catégorie à 232 gr.

3.400 A 3.500.

Nous avons enfin 156 observations de nouveau-nés dont le poids varie entre 3.400 et 3.500 gr.

Ils sont ainsi répartis :

2	ont perdu moins de 100 gr.
13	— — de 100 à 150 gr.
23	— — — 150 à 200 gr.
39	— — — 200 à 250 gr.
39	— — — 250 à 300 gr.
32	— — — 300 à 400 gr.
8	— — plus de 400 gr.

Les chiffres extrêmes ont été de 75 gr. d'une part, et de 440 gr. d'autre part.

La moyenne s'établit donc pour cette catégorie d'enfants à 239 gr.

RÉSULTATS.

De ces différentes données numériques, forcément abstraites, il est donc possible de déduire quelques chiffres généraux.

On peut ainsi noter que sur 1.500 observations relevées, près de la moitié (722), ont trait à des nouveau-nés de 3.000 à 3.500 gr., poids qui constitue bien la valeur moyenne du poids initial. Ce chiffre, d'après nos calculs, s'établit exactement à 3.240 gr. Parmi ces nouveau-nés, si les pertes de poids durant les premiers jours sont extrêmement variables, puisque nous avons vu que dans chaque catégorie elles varient de moins de 100 gr. à plus de 400 gr., leur moyenne reste pourtant très stable et ne varie qu'entre 220 et 239 gr. — la moyenne générale étant de 230 gr.

Dans l'ensemble, pour un nouveau-né normal, dont le poids de naissance varie entre 3.000 et 3.500, on peut dire que la chute de poids physiologique, constatée dans les premiers jours, représente à peu près le 1/14^e de son poids initial.

Ce chiffre est donc nettement inférieur au chiffre donné par les classiques qui admettaient une déperdition pondérale égale au 1/10^e du poids initial environ.

NOUVEAU-NÉS DE 3.500 A 4.000 GR.

Nous envisagerons maintenant une autre catégorie

de nouveau-nés très proches des précédents, normaux eux aussi, mais d'un poids un peu supérieur aux chiffres admis s'inscrivant entre 3.500 et 4.000 gr.

Nous en avons relevé 348 observations.

Elles se répartissent de la façon suivante :

3.500 A 3.600.

82 nouveau-nés dont le poids varie entre 3.500 et 3.600.

Ils sont ainsi répartis :

4 ont perdu de 100 à 150 gr.

8 — — — 150 à 200 gr.

13 — — — 200 à 250 gr.

26 — — — 250 à 300 gr.

21 — — — 300 à 400 gr.

8 — — — 400 à 500 gr.

2 — — — plus de 500 gr.

Les chiffres extrêmes ont été ici d'une part de 100, d'autre part de 550 gr.

La moyenne s'établit donc à 293 gr.

3.600 A 3.700.

90 observations se rapportent à des nouveau-nés dont le poids de naissance oscille entre 3.600 et 3.700.

Les pertes de poids sont ainsi réparties :

4 ont perdu de 100 à 150 gr.

11 — — — 150 à 200 gr.

10 — — — 200 à 250 gr.

25 — — — 250 à 300 gr.

31 — — — 300 à 400 gr.

9 — — plus de 400 gr.

Les chiffres extrêmes sont ici de 130 gr. d'une part, et de 440 gr. de l'autre.

La moyenne s'établit à 295 gr.

3.700 A 3.800.

Nous avons relevé 80 observations ayant trait à des nouveau-nés dont le poids varie entre 3.700 et 3.800 gr.

Les pertes de poids sont ainsi réparties :

1 a perdu moins de 100 gr.

5 ont perdu de 100 à 150 gr.

6 — — — 150 à 200 gr.

15 — — — 200 à 250 gr.

23 — — — 250 à 300 gr.

19 — — — 300 à 400 gr.

9 — — — 400 à 500 gr.

2 — — plus de 500 gr.

Les chiffres extrêmes sont d'une part 90 gr., et de l'autre un chiffre anormalement élevé, 630 gr.

La moyenne s'établit néanmoins à 292 gr.

3.800 A 3.900.

Nous avons relevé 56 observations de nouveau-nés dont le poids varie entre 3.800 et 3.900 gr.

Les pertes de poids ont été ainsi classées :

2	ont	perdu	de	100	à	150	gr.
5	—	—	—	150	à	200	gr.
7	—	—	—	200	à	250	gr.
20	—	—	—	250	à	300	gr.
16	—	—	—	300	à	400	gr.
3	—	—	—	400	à	500	gr.
3	—	—		plus	de	500	gr.

Les chiffres extrêmes ont été de 130 gr. d'une part et de 570 de l'autre.

La moyenne s'établit à un chiffre particulièrement bas, 270 gr.

3.900 A 4.000.

Nous avons relevé 40 observations de nouveau-nés dont le poids varie de 3.900 à 4.000.

Les pertes de poids sont ainsi réparties :

1	a	perdu	de	100	à	150	gr.
6	ont	perdu	de	150	à	200	gr.
3	—	—	—	200	à	250	gr.
13	—	—	—	250	à	300	gr.
14	—	—	—	300	à	400	gr.
2	—	—	—	400	à	500	gr.
1	a	perdu	plus	de	500	gr.	

Les chiffres extrêmes sont de 110 gr. d'une part, et de 540 gr. d'autre part.

La moyenne s'établit à 281 gr.

RÉSULTATS.

Les résultats que l'on peut tirer de ce tableau sont donc à peu près semblables au précédent pour ce qui est de la grande variabilité des chutes pondérales, puisque à chacune des catégories leur importance varie des environs de 100 gr. à un chiffre qui souvent dépasse 500 et même 600 gr. Il s'agit pourtant d'enfants normaux chez lesquels n'ont été relevées aucune tare, aucune particularité qui puissent expliquer la déperdition de poids importante chez l'un, alors qu'elle est minime chez l'autre.

Au total pourtant, dans chacune des catégories, les moyennes restent proches puisqu'elles ne varient qu'entre 270 et 295 gr., la moyenne générale étant, 286 gr.

Donc, pour un nouveau-né normal, dont le poids initial moyen est de 3.700 gr. environ, la chute de poids constatée est de 286 grammes, ce qui représente à peu près le 1/13^e du poids initial.

La valeur de ce rapport est donc très proche du chiffre trouvé pour la catégorie précédente qui était de 1/14^e. L'importance de la chute de poids ne croît donc pas proportionnellement avec le poids initial.

NOUVEAU-NÉS DE PLUS DE 4.000 GR.

Nous considérerons ensuite les nouveau-nés dont le poids encore plus élevé à la naissance dépasse plus de 4.000 gr.

Cette catégorie, forcément moins importante, ne

comporte que 81 observations qui se répartissent ainsi :

4.000 A 4.100.

27 d'entre eux ont un poids variant entre 4.000 et 4.100.

Les pertes de poids sont ainsi réparties :

4 ont perdu de 100 à 200 gr.

9 — — — 200 à 300gr.

11 — — — 300 à 400 gr.

2 — — — 400 à 500 gr.

1 a perdu plus de 500 gr.

Les chiffres extrêmes sont d'une part de 120 gr., d'autre part de 520 gr.

La moyenne est donc ici de 300 gr.

4.100 A 4.200.

14 nouveau-nés ont leur poids initial compris entre 4.100 et 4.200 gr.

Les pertes de poids sont ainsi réparties :

1 a perdu 170 gr.

4 ont perdu de 200 à 300 gr.

4 — — — 300 à 400 gr.

5 — — — 400 à 500 gr.

Le chiffre le plus fort étant de 495 gr. et le plus faible de 170 gr., *la moyenne* de la chute de poids est donc de 327 gr.

4.200 A 4.300.

16 nouveau-nés ont leur poids initial entre 4.200 et 4.300 gr.

Les pertes de poids sont ainsi réparties :

1 a perdu 185 gr.

5 ont perdu 200 à 300 gr.

5 — — 300 à 400 gr.

5 — — 400 à 500 gr.

La chute de poids la plus importante est ici de 500 gr.

La moyenne pour cette catégorie s'établit à 337 gr.

4.300 A 4.400.

12 nouveau-nés ont leur poids initial variant entre 4.300 et 4.400 gr.

Les pertes de poids sont ainsi réparties :

2 ont perdu de 100 à 200 gr.

2 — — — 200 à 300 gr.

4 — — — 300 à 400 gr.

2 — — — 400 à 500 gr.

2 — — — 500 à 600 gr.

Les chiffres extrêmes sont de 150 gr. d'une part, et de 600 gr. d'autre part.

La moyenne est ici de 350 gr.

4.400 A 4.500.

4 nouveau-nés ont leur poids initial variant entre 4.400 et 4.500 gr.

Les pertes de poids sont ainsi réparties :

3 ont perdu de 300 à 400 gr.

1 a perdu 550 gr.

La moyenne est de 350 gr.

4.500 A 4.600.

4 observations de nouveau-nés dont le poids varie entre 4.500 et 4.600 gr.

Les pertes de poids ont été les suivantes :

1 a perdu 300 gr.

1 — 360 gr.

1 — 450 gr.

1 — 518 gr.

La moyenne, très élevée, est de 407 gr.

4.600 A 4.700.

2 observations d'enfants dont le poids varie entre 4.600 et 4.700 gr.

L'un a perdu 280 gr., l'autre a perdu 360 gr.

La moyenne est de 320 gr.

4.800 A 4.900.

Enfin pour les enfants dont le poids est compris entre 4.800 et 4.900 gr., nous ne citerons aussi que 2 observations.

L'un a perdu 280 gr., l'autre 310 gr.

La moyenne est donc de 295 gr.

RÉSULTATS.

Donc, ici encore, extrême variabilité des poids initiaux qui, variant entre 4.000 et 4.900 gr., comportent naturellement des chutes pondérales très variables, tel nouveau-né de 4.060 gr. perdant en quelques jours 520 gr., alors qu'un autre d'un poids de 4.860 ne perd que 280 gr.

Néanmoins, *les moyennes générales* donnent un renseignement intéressant. Pour un poids moyen de 4.215 gr., la déperdition de poids moyenne est de 336 gr., ce qui équivaut à *une perte de poids égale au 1/13^e du poids initial.*

Malgré l'augmentation du poids, si la chute pondérale a augmenté en valeur absolue, relativement elle est restée la même que dans les catégories précédentes, ce qui aboutit au fait que le gros enfant perd proportionnellement plus que le petit enfant.

AU-DESSUS DE 5.000.

Ce fait est encore beaucoup sensible si nous prenons pour exemple deux nouveau-nés aux poids véritablement anormaux atteignant et dépassant 5.000 gr.

L'un de 5.080 gr. a perdu 360 gr., l'autre de 5.000 gr. a perdu 225 gr.

Ce qui équivaut pour celui-ci à une perte de poids de 1/22^e de son poids initial, pour celui-là à une perte de 1/14^e.

L'absence de progression de la chute de poids par rapport au poids initial est ici évidente.

NOUVEAU-NÉS DE MOINS DE 3.000.

A l'opposé de ces poids nettement au-dessus de la moyenne, nous allons envisager maintenant les enfants de poids nettement inférieur à la moyenne, de moins de 3.000 gr. Ils sont relativement fréquents puisqu'on en compte 267 sur les 1.500 observations étudiées.

Leur proportion varie naturellement suivant que l'on s'approche des poids avoisinant 3.000 gr.

Par ordre de grandeur croissante, nous noterons tout d'abord :

2.000 A 2.100.

2 ont perdu moins de 100 gr.

1 a perdu de 100 à 150 gr.

2 ont perdu de 200 à 250 gr.

1 a perdu plus de 300 gr.

Les chiffres extrêmes sont ici très différents, ce qui est étonnant pour des enfants de poids si peu important. La plus petite chute de poids est de 35 gr., la plus grande de 320 gr.

La moyenne s'établit à 171 gr.

2.100 A 2.200.

4 observations sont relevées.

Elles se répartissent ainsi :

1 a perdu 130 gr.

1 — 170 gr.

1 — 189 gr.

1 — 278 gr.

La moyenne pour ces 4 enfants est de 194 gr.

2.200 A 2.300.

4 observations encore ont été relevées.

1 a perdu 140 gr.

2 ont perdu 195 gr.

1 a perdu 350 gr.

La moyenne pour ces 4 enfants est de 220 gr.

2.300 A 2.400.

Nous avons relevé 11 observations.

Elles sont ainsi réparties :

3 ont perdu de 100 à 150 gr.

2 — — — 150 à 200 gr.

1 — — — 200 à 250 gr.

2 — — — 250 à 300 gr.

3 — — — 300 à 400 gr.

Les chiffres extrêmes ont été de 125 gr. et 360 gr.

La moyenne est ici de 141 gr.

2.400 A 2.500.

13 observations ont été relevées.

1 a perdu moins de 100 gr.

2 ont perdu de 100 à 150 gr.

3 — — — 150 à 200 gr.

3 — — — 200 à 250 gr.

1 — — — 250 à 300 gr.

3 — — — 300 à 400 gr.

Les chiffres extrêmes sont 85 gr. et 365 gr.

La moyenne est 217 gr.

2.500 A 2.600.

32 observations ont été rapportées.

Elles sont ainsi réparties :

8	ont perdu de 100 à 150 gr.
4	— — — 150 à 200 gr.
13	— — — 200 à 250 gr.
5	— — — 250 à 300 gr.
2	— — — 300 à 400 gr.

Les chiffres extrêmes sont 95 gr. et 395 gr.

La moyenne est de 240 gr.

2.600 A 2.700.

36 observations ont été relevées.

Elles sont ainsi réparties :

3	ont perdu moins de 100 gr.
5	— — — de 100 à 150 gr.
11	— — — 150 à 200 gr.
11	— — — 200 à 250 gr.
6	— — — 250 à 300 gr.
2	— — — 300 à 400 gr.

Les chiffres extrêmes sont 10 gr. et 330 gr.

La moyenne est ici de 209 gr.

2.700 A 2.800.

56 observations ont été relevées.

Elles sont ainsi réparties :

3	ont perdu moins de 100 gr.
4	— — — de 100 à 150 gr.

18 — — — 150 à 200 gr.

17 — — — 200 à 250 gr.

7 — — — 250 à 300 gr.

6 — — — 300 à 400 gr.

Les chiffres extrêmes sont de 55 gr. et 360 gr.

La moyenne est encore de 209 gr.

2.800 A 2.900.

59 observations ont été relevées.

Elles sont réparties ainsi :

1 a perdu moins de 100 gr.

8 ont perdu de 100 à 150 gr.

21 — — — 150 à 200 gr.

12 — — — 200 à 250 gr.

9 — — — 250 à 300 gr.

6 — — — 300 à 400 gr.

1 a perdu plus de 400 gr.

Les chiffres extrêmes sont très éloignés puisque si la plus petite chute est de 60 gr., la plus importante s'élève à 490 gr.

La moyenne reste pourtant basse, aux environs de 210 gr.

2.900 A 3.000.

Enfin, une dernière catégorie groupe 46 enfants dont le poids est supérieur à 2.900 et reste inférieur à 3.000 gr.

Ils se répartissent ainsi quant à leur déperdition de poids :

5	ont perdu de	100 à 150 gr.
13	— — —	150 à 200 gr.
11	— — —	200 à 250 gr.
9	— — —	250 à 300 gr.
6	— — —	300 à 400 gr.
2	— — —	400 à 500 gr.

Les poids extrêmes sont 105 gr. et 430 gr.

La moyenne s'établit à 240 gr.

RÉSULTATS.

Dans l'ensemble, la valeur de la chute de poids est donc plus basse pour cette catégorie d'enfants. Mais proportionnellement au poids initial, la déperdition est un peu plus élevée que pour les enfants plus lourds.

En effet, *pour un poids de naissance moyen de 2650 gr., la perte de poids des premiers jours s'élève à 215 gr. en moyenne, ce qui équivaut au 1/12^e du poids total*; chiffre qui est plus important proportionnellement que celui de la perte de poids des enfants de 3.000 à 3.500 gr. où il ne représente que le 1/14^e du poids total.

CAS PARTICULIERS.

Après avoir passé en revue toutes ces observations concernant des enfants normaux et dont seul le poids variait, nous considérerons maintenant trois catégories d'enfants dont les conditions à la naissance présentent quelques particularités.

Tout d'abord *les prématurés*, ensuite *les jumeaux* dont les conditions d'existence sont souvent précaires au cours des premiers jours qui suivent la naissance; enfin nous ferons une place à part aux *syphilitiques congénitaux* dont la courbe de poids est bien spéciale.

PRÉMATURÉS.

Nous en avons réuni 21 observations.

Ces observations, sérieusement étudiées, n'ont pas permis de retrouver une tare quelconque, tant chez la mère que chez l'enfant qui puisse expliquer la précocité de l'accouchement.

La chute de poids peut donc être considérée comme physiologique et non influencée par un facteur surajouté.

Les poids de ces enfants sont très variables, de même que le terme auquel ils sont accouchés. Nous les avons classés d'après leur date d'accouchement.

7 mois.

3 sont nés au terme de 7 mois.

Voici leur poids de naissance et la courbe de poids correspondante :

L'un pesait 1.360 gr. et a perdu 130 gr.

Le 2^e — 1.870 — — 170 gr.

Le 3^e — 2.720 — — 345 gr.

Ce qui indique une chute de poids beaucoup plus importante. En effet,

le premier a perdu le $1/10^e$ de son poids,
le second — $1/11^e$ —
le troisième — $1/8^e$ —

7 mois $1/2$.

Nous en citerons 6 observations.

1	enfant de 1.610 gr.	a perdu	210 gr.
1	— — 1.880 —	—	460 gr.
1	— — 2.150 —	—	200 gr.
1	— — 2.340 —	—	225 gr.
1	— — 2.440 —	—	340 gr.
1	— — 2.500 —	—	265 gr.

Ce qui fait pour chacun d'eux les *proportions* suivantes :

Chute de poids de :

$1/7^e$, $1/4^e$, $1/10^e$, $1/10^e$, $1/7^e$, $1/9^e$ du poids initial.

8 mois.

Nous en citerons 8 observations.

1	enfant de 2.000 gr.	a perdu	250 gr.
1	— — 2.120 —	—	165 gr.
1	— — 2.220 —	—	195 gr.
1	— — 2.520 —	—	220 gr.
1	— — 2.560 —	—	260 gr.
1	— — 2.570 —	—	250 gr.
1	— — 2.600 —	—	320 gr.
1	— — 2.700 —	—	275 gr.

Ce qui permet d'établir pour chacun d'eux une *perte de poids* de :

$1/8^{\circ}$, $1/12^{\circ}$, $1/11^{\circ}$, $1/11^{\circ}$, $1/9^{\circ}$, $1/10^{\circ}$, $1/8^{\circ}$, $1/10^{\circ}$, *proportion* encore importante, mais qui semble s'abaisser. Il ne faudrait pourtant pas conclure du fait que l'accouchement prématuré se rapproche du terme, que la perte de poids diminue forcément.

8 mois $1/4$.

Ces 4 observations le prouvent bien :

1	enfant	de	2.970	gr.	a	perdu	270	gr.
1	—	—	2.620	—	—	—	270	gr.
1	—	—	2.620	—	—	—	280	gr.
1	—	—	2.550	—	—	—	300	gr.

Ce qui donne des *proportions* de :

$1/11^{\circ}$, $1/8^{\circ}$, $1/8^{\circ}$, $1/8^{\circ}$.

RÉSULTATS.

Dans l'ensemble donc, les prématurés présentent une déperdition de poids nettement marquée.

La moyenne établie d'après les 21 cas que nous avons relevés donne pour un poids moyen de 2.325 gr., une chute de poids de 255 gr., ce qui équivaut à une *déperdition de $1/9^{\circ}$ du poids initial*.

Ce sont donc ces enfants-là qui s'éloignent le plus des variations normales du poids après la naissance. Quel que soit leur poids initial, le facteur prématurité intervient toujours sur la courbe de poids des premiers jours.

JUMEAUX.

Nous rapprocherons de cette dernière catégorie, les quelques cas d'accouchements gemellaires que nous avons pu recueillir dans nos observations.

La courbe de poids doit être étudiée en particulier, car en moins accusée, elle suit à peu près la courbe des prématurés.

Nous avons recueilli 15 observations (8 accouchements gemellaires, 1 enfant décédé).

Nous les énumérerons avec leur déperdition de poids sans aucune classification.

1 enfant de 2.070 gr. a perdu 190 gr.

1 — — 2.360 — — 175 gr.

1 — — 3.150 — — 200 gr.

1 — — 2.825 — — 225 gr.

1 — — 2.400 — — 190 gr.

1 — — 2.480 — — 150 gr.

1 — — 2.280 — — 230 gr.

1 — — 1.970 — — 200 gr.

1 — — 2.610 — — 160 gr.

1 — — 2.250 — — 180 gr.

1 — — 2.320 — — 230 gr.

1 — — 2.400 — — 225 gr.

1 — — 2.810 — — 320 gr.

1 — — 1.980 — — 180 gr.

1 — — 1.800 — — 190 gr.

Ce qui donne comme *proportion* pour chacun d'eux, en suivant :

1/10 1/15 1/12 1/9 1/16 1/10 1/8 1/9

1/13 1/12 1/16 1/9 1/12 1/10 1/11

La moyenne générale reste suffisamment élevée.

D'après ces observations le poids moyen de l'enfant est de 2.380 gr., la chute moyenne de 203 gr., ce qui fait une perte de poids de 1/11^e, supérieure à toutes les moyennes que nous avons trouvées chez les nouveau-nés normaux.

SYPHILITIKES CONGÉNITAUX.

Il reste enfin un demi-chapitre comprenant les observations des nouveau-nés atteints de syphilis congénitale. Enfants dont les antécédents reconnus, les stigmates à la naissance ont imposé le traitement immédiat par friction mercurielle.

Nous les énumérerons, en les classant par ordre et en les accompagnant du chiffre de leur perte de poids.

1	enfant	de	1.230	gr.	a	perdu	105	gr.
1	—	—	2.310	—	—	—	210	gr.
1	—	—	2.610	—	—	—	280	gr.
1	—	—	2.650	—	—	—	150	gr.
1	—	—	2.650	—	—	—	250	gr.
2	—	—	2.670	—	—	—	170	gr.
1	—	—	2.720	—	—	—	220	gr.
1	—	—	2.750	—	—	—	250	gr.
1	—	—	2.780	—	—	—	280	gr.
1	—	—	2.870	—	—	—	270	gr.
1	—	—	2.930	—	—	—	290	gr.
1	—	—	2.990	—	—	—	215	gr.

1	—	—	3.200	—	—	370 gr.
1	—	—	3.210	—	—	110 gr.
1	—	—	3.260	—	—	230 gr.
1	—	—	3.270	—	—	440 gr.
1	—	—	3.325	—	—	330 gr.
1	—	—	3.330	—	—	330 gr.
1	enfant	de	3.420	gr.	a perdu	420 gr.
1	—	—	3.480	—	—	280 gr.
1	—	—	3.500	—	—	300 gr.
1	—	—	3.530	—	—	380 gr.
1	—	—	3.550	—	—	300 gr.
1	—	—	3.570	—	—	230 gr.
1	—	—	3.590	—	—	290 gr.
1	—	—	3.600	—	—	300 gr.
1	—	—	3.610	—	—	410 gr.
1	—	—	3.620	—	—	380 gr.
1	—	—	3.620	—	—	360 gr.
1	—	—	3.630	—	—	370 gr.
1	—	—	3.650	—	—	380 gr.
1	—	—	3.710	—	—	210 gr.
1	—	—	3.730	—	—	230 gr.
1	—	—	3.740	—	—	240 gr.
1	—	—	3.750	—	—	650 gr.
1	—	—	3.850	—	—	490 gr.
1	—	—	3.900	—	—	250 gr.
1	—	—	3.920	—	—	445 gr.
1	—	—	4.080	—	—	380 gr.
1	—	—	4.210	—	—	510 gr.
1	—	—	4.370	—	—	400 gr.
1	—	—	4.390	—	—	490 gr.

Si nous essayons maintenant de classer ces 42 observations et de les faire entrer dans les différentes catégories que nous avons établies au début, nous trouvons :

3.000 A 3.500.

Nous avons réuni 8 observations de syphilitiques congénitaux dont le poids est compris entre 3.000 et 3.500 gr.

Leur poids moyen est de 3.310 gr. la perte de poids correspondante est de 313 gr.

Nous obtenons donc une proportion de $1/10^e$ par rapport au poids initial, chiffre nettement supérieur au chiffre correspondant du nouveau-né normal qui est de $1/14^e$, d'où une augmentation très nette de la chute de poids.

3.500 A 4.000.

Nous citerons 18 observations.

Le poids moyen est pour ces enfants de 3.670 gr. La perte de poids moyenne est de 362 gr. La proportion est donc encore ici de $1/10^e$ par rapport au poids initial et qui correspond au résultat obtenu dans la catégorie précédente.

AU-DESSUS DE 4.000.

Nous relaterons 4 observations. Le poids de ces enfants est de 4.260 gr. La perte de poids moyenne de 445 gr. Elle est donc un peu plus importante attei-

gnant $1/9^e$, résultat en rapport avec ceux trouvés pour le nouveau-né normal de poids correspondant.

AU-DESSOUS DE 3.000.

Nous citerons 12 observations. Le poids moyen est ici de 2.600 gr. La perte de poids moyenne de 224 gr. ce qui donne une proportion de $1/11^e$.

Les résultats sont donc ici conformes à ce que les données classiques attribuaient à l'enfant normal.

La perte de poids se fait en progression croissante par rapport au poids initial.

Chez le sujet syphilitique congénital de poids normal, la perte de poids de $1/10^e$, chez le très gros enfant, perte de poids de $1/9^e$, chez le petit enfant, perte de poids de $1/11^e$.

Mais toujours ce qu'il importe de retenir est que pour deux sujets de même poids la chute de poids est plus grande chez le syphilitique congénital.

Tels apparaissent les quelques résultats que nous avons pu tirer des 1.500 observations que nous avons étudiées avec l'aide si aimable et si dévouée de Mesdemoiselles Merle, Rosenthal et Genty.

EN RÉSUMÉ :

Chez le nouveau-né normal, les chiffres donnés par les classiques paraissent un peu supérieur à la réalité.

Chez l'enfant de 3.000 à 3.500 gr. la chute de poids est à peu près égale au $1/14^e$ du poids de naissance de l'enfant. Mais il faut noter de grandes variations in-

dividuelles et prendre ces chiffres comme des moyennes, établies sur un **grand** nombre de cas, en retenant que deux nouveau-nés de même poids, tout deux bien portants, peuvent avoir une déperdition pondérale totalement différente sans pour cela entraîner de graves conséquences.

Variations aussi avec le poids initial. Nous avons vu comment se modifiait la chute du poids en fonction du poids de naissance.

Chez le nouveau-né de poids supérieur à 3.500 gr., la perte de poids est relativement plus accusée, atteignant à peu près le $1/13^e$ du poids initial.

Au contraire, chez le sujet de poids inférieur, la chute relative est nettement augmentée atteignant $1/12^e$ parfois $1/11^e$ du poids initial.

Quant au *nouveau-né prématuré, jumeau ou syphilitique* :

PRÉMATURÉ : c'est chez lui que la chute de poids est la plus accusée. Quel que soit le terme auquel l'accouchement a eu lieu, on doit toujours s'attendre à une déperdition importante atteignant en moyenne le $1/9^e$ du poids de l'enfant mais pouvant encore dépasser ce chiffre.

JUMEAUX : ici les chiffres sont moins élevés mais la perte de poids n'en est pas moins importante puisque semblable à celle des prématurés. Cela n'a rien d'ailleurs qui puisse étonner, les jumeaux avançant souvent un peu le terme prévu.

SYPHILITIQUE CONGÉNITAUX : nous avons vu que pour un sujet de poids normal la chute de poids est du $1/10^e$ environ; moins importante chez le sujet de poids inférieur; s'accusant au contraire si l'enfant est d'un poids supérieur à la normale pouvant dans ce cas atteindre le $1/9^e$ du poids initial. De toutes façons, chute de poids toujours plus importante que chez un sujet normal non taré de poids correspondant.

CONCLUSIONS

La courbe de poids du nouveau-né durant les premiers jours est caractérisée par une chute constante mais extrêmement variable aussi bien dans sa durée que dans son importance.

Au point de vue durée, il nous est apparu qu'elle se poursuivait entre 2 et 6 jours, avec un maximum de 3 à 4 jours ce qui est d'accord avec les données classiques.

Par contre, en opposition avec ce qui est généralement admis, il ne nous a point semblé que la déperdition pondérale fut en relation directe avec le poids initial. En particulier cette chute de poids :

— pour les gros enfants de 4.000 gr. et plus ne semble pas particulièrement importante.

— pour les enfants d'un poids inférieur à 3.000 gr., elle est souvent très sérieuse de même que pour les prématurés.

— pour les jumeaux, la baisse de poids est souvent importante, ces enfants semblent se comporter en cela comme des prématurés.

— pour les syphilitiques congénitaux enfin, les faits sont d'accord avec la logique et montrent des chutes de poids particulièrement importantes et prolongées.

Vu : le Doyen de la Faculté,
TIFFENEAU.

Vu : le Président de thèse,
LEREBoullet.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
ROUSSY.

